

Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés

A propos de neuf observations

Travail des Services de Chirurgie et de Médecine
de l'Hôpital de la Croix-Rousse
(Professeur Pierre BERTRAND — Docteur Marcel GIRARD)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Février 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Pierre GUILLAUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 27 Février 1930, à VIENNE (Isère)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

1955

SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE
ET CANCER ASSOCIES

A PROPOS DE NEUF OBSERVATIONS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1954-1955. — N° 91

Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés

A propos de neuf observations

Travail des Services de Chirurgie et de Médecine
de l'Hôpital de la Croix-Rousse
(Professeur Pierre BERTRAND — Docteur Marcel GIRARD)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Février 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Pierre GUILLAUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 27 Février 1930, à VIENNE (Isère)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Éditeurs
42, quai Gailleton, 42

—
1955

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. LEPINE. | Doyen. M. HERMANN
Assesseur. M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Pharmacie et pharmacologie.	X...
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Médecine du Travail.	BOURRET.
Parasitologie et pathologie exotique.	GARIN.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine légale et déontologie.	X...
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Chimie analytique pharmacutique.	BADINAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.	M. BANSSILLON	Pharmacie et pharmacologie.	M. DREVON.
Physique biologique.	M. BERGER.		

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie.	MM. COUDERT.	Bactériologie.	MM. BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale.	CREYSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale.	MM. BRUN.	Orthopédie.	MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale.	GIRARD M.	Obstétrique.	BROCHIER.
Pathologie médicale.	GIRARD P.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale.	JEUNE.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale.	VACHON.	Anatomie pathologique.	GUICHARD.
Pathologie médicale.	GALY.	Anatomie.	LATARJET.
Pathologie médicale.	GONIN.	Urologie.	PERRIN.
Pathologie chirurgicale.	BERARD.	Ophtalmologie.	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale.	DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale.	LABRY.	Oto-rhino-laryngologie.	X...
Pathologie chirurgicale.	TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie.	THIERS.
Pathologie chirurgicale.	DARGENT.	Médecine légale et Médecine du Travail.	ROCHE.
Pathologie chirurgicale.	MANSUY.		
Pathologie chirurgicale.	GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologie et Pharmacie.	M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique.	
Physique et Biologie.	M. MORET.	et Toxicologie.	M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. BERTRAND ; Assesseurs : MM. CIBERT, LEVRAT et GIRARD M.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND-MERE

A MA MERE, A MON PERE

Qu'ils veuillent bien trouver dans
ce travail un modeste hommage aux
sacrifices qu'ils ont consentis pour
moi et à l'immense tendresse dont ils
m'ont entouré.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE BERTRAND

Professeur de Propédeutique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Au cours du semestre passé dans le service de ce grand Maître de la Chirurgie, j'ai admiré son extraordinaire virtuosité d'opérateur, l'immensité de son savoir et la précision de son enseignement.

Après m'avoir permis d'utiliser largement ses observations, il me fait le grand honneur de présider le Jury de cette Thèse.

Qu'il soit assuré de ma sincère et très vive gratitude et de ma respectueuse fidélité.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CIBERT

Professeur de Clinique urologique

Chirurgien des Hôpitaux

Ses grandes qualités de Clinicien et de Chirurgien ne le cèdent en rien à ses qualités humaines qui le font vénérer de ses malades et adorer de ses élèves.

Sa présence dans le Jury de cette Thèse est pour moi un honneur et une grande joie.

Qu'il veuille bien croire à mes sentiments infiniment reconnaissants et à mon profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LEVRAT

Professeur de Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Il m'a fait l'honneur de bien vouloir être parmi mes juges.

Qu'il trouve ici l'assurance de ma haute considération et de mes sentiments très respectueux et reconnaissants.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL GIRARD

Médecin des Hôpitaux

J'avais été séduit par le charme de son enseignement à la Faculté et, dès lors, j'avais désiré devenir son élève.

Le semestre passé dans son Service — où règne la plus franche sympathie — est un des meilleurs souvenirs de mon Externat.

Son inégalable sens clinique, l'étendue de ses connaissances vont de pair avec l'exquise délicatesse et la grande bonté dont il fait preuve à l'égard de tous.

En me confiant un sujet de Thèse qui lui était cher, en guidant mon travail, il a acquis un droit de plus à ma reconnaissance.

Qu'il soit assuré de ma respectueuse admiration, de ma vive gratitude et de mon indéfectible attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CIBERT
MONSIEUR LE DOCTEUR J. GAUCHERAND
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND
MONSIEUR LE DOCTEUR G. ROMAGNY
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FROMENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GIRARD

AU DOCTEUR AUPECLE

A MONSIEUR JACQUES DALMAIS
Interne des Hôpitaux de Lyon

qui ont largement contribué à l'élaboration de ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'assurance de mes sentiments reconnaissants et amicaux.

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT

LES DOCTEURS DUMAS ET NOEL
LES DOCTEURS LEJEUNE ET VIARD

A MES MAITRES DE LA FACULTE

GENERALITES HISTORIQUES

En 1903, Koch et Hochenegg signalent pour la première fois la coexistence d'une sigmoïdite diverticulaire et d'un cancer développé sur cette région pathologique de l'S iliaque. « J'ai opéré ce malade âgé de 70 ans, avec le diagnostic de cancer : la laparotomie montra un néoplasme de la portion moyenne du sigmoïde, obstruant les deux tiers de la lumière intestinale. Mais, sur tout le sigmoïde, on relevait la présence de nombreux diverticules atteignant par endroits la taille d'une cerise. Tous ces diverticules remplis de matières se déprimaient sous la pression du doigt comme de la cire ; le cancer s'était de toute évidence développé à partir d'un tel diverticule. Je pense que le cancer s'était développé ainsi : une rétention fécale au niveau du diverticule aurait déterminé — comme l'avait déjà montré Grasser — une ulcération à partir de laquelle se serait ultérieurement développé le cancer ». (Koch).

Cette coexistence est loin d'être exceptionnelle et nous avons pu relever dans les statistiques de deux Services des Hôpitaux de Lyon travaillant en commun (Service de Chirurgie du Professeur Pierre Bertrand ; Service de Médecine du Docteur Marcel Girard) neuf cas d'associations.

Ce travail nous a paru justifié par les problèmes difficiles tant du point de vue diagnostique que thérapeutique qu'ont posés certains de ces malades.

Au début du siècle, aux Etats-Unis en particulier, le problème de l'association était à l'ordre du jour ; et les auteurs recherchaient si un diverticule colique était susceptible de dégénérescence cancéreuse. La question tomba un peu dans l'oubli et les travaux modernes envisagent sur-

tout les méthodes de différenciation des deux affections*. La tendance actuelle est de considérer l'association comme exceptionnelle et certains auteurs vont même jusqu'à prétendre que le traitement de la sigmoïdite n'a pas pour but d'éviter un cancer éventuel. Cette opinion est, certes, satisfaisante lorsque le diagnostic de sigmoïdite pure peut être affirmé. Mais le problème est tout autre dans un certain nombre de cas difficiles : les complications de la diverticulose peuvent, en effet, simuler le néoplasme ; et s'il ne faut, certes, pas être obsédé par la crainte du cancer et le voir partout, il nous semble qu'inversement, il est dangereux de se laisser aller à un optimisme exagéré en raison de la prétendue rareté de l'association : toute sigmoïdite doit être très soigneusement explorée pour éviter de découvrir trop tard un cancer associé d'évolution primitivement sournoise.

Il est bien évident qu'une diverticulose qui se révèle cliniquement est une diverticulose qui évolue et avant d'affirmer la bénignité de l'affection, il faut savoir rechercher l'association possible d'un néoplasme qui risque de passer inaperçu sous le masque de la simple diverticulite.

(*) Dubarry, dans la thèse de Boucard.

ETUDE DE LA STATISTIQUE MONDIALE

Nous avons recherché dans la littérature mondiale ces associations de cancer et de sigmoïdite dans une même aire topographique. Rowe et Kollemar, en mai 1950, n'avaient colligé que soixante-deux observations. Actuellement, nous en retrouvons cent vingt-sept dont neuf cas personnels.

Koch et Hochenegg, 1903 :

1 association.

Griffin, 1908 :

27 observations sigmoïdites : 5 cancers.

Wilson, 1911 :

15 observations sigmoïdites : 4 —

Mayo, 1917 :

42 observations sigmoïdites : 13 —

Spriggs, 1929 :

70 observations sigmoïdites : 4 —

Newton, 1929 :

40 observations sigmoïdites : 20 —

Fallon, 1930 :

625 observations sigmoïdites : 3 —

Rankin et Brown, 1930 :

24.620 examens radiologiques : 5,2 % sigmoïdites.

227 observations sigmoïdites : 4 cancers.

679 observations cancer : 4 sigmoïdites.

Jones, 1939 :

300 Colectomies : 3 associations.

Pratt et Paschetta, 1942 :

66 observations sigmoïdites : 9 cancers.

Oren, 1947 :

102 observations sigmoïdites : 2 —

Arnheim, 1948 :

1 association.

Crépy, 1950 :

21 observations sigmoïdites : 1 —

Gondard, 1951 :

1.308 examens radiologiques

40 observations sigmoïdites : 4 —

Morton, 1952 :

18 associations.

Rowe et Kollemar, 1952 :

700 observations cancers ; 3 sigmoïdites.

Hoar et Bernhardt, 1954 :

385 observations sigmoïdites : 14 cancers.

Shaikme, 1954 :

5 associations.

La lecture de cette statistique est — il faut le reconnaître — quelque peu décevante pour qui veut en tirer des conclusions concernant la fréquence de l'association : d'après Fallon, cette association s'observe dans moins de 0.5 % des cas : chiffre surprenant lorsqu'on le compare à ceux fournis par Wilson (26 % environ) et Mayo (31 % environ).

Mais beaucoup d'auteurs — en particulier aux Etats-Unis — ne font pas la différence entre cancer du rectum, du sigmoïde ou de l'angle gauche : c'est sans doute la raison pour laquelle leurs chiffres de coexistence prêtent parfois à confusion.

NOTRE STATISTIQUE

En quelques mois, nous avons relevé chez plusieurs malades cette association qui, à première vue, semble rare.

Nous avons étudié :

Cent observations de sigmoïdites traitées médicalement et suivies avec régularité.

Vingt-trois observations de sigmoïdites chirurgicales.

Cent soixante-deux observations de néoplasme. Ces observations ont trait à des cancers siégeant au niveau du colon iléopelvien ; c'est-à-dire du colon Iliaque ; de l'S Iliaque mobile et de l'S Iliaque bas.

Nous avons retrouvé *neuf associations certaines.*

Six fois le diagnostic a été assez facile : on pouvait affirmer une sigmoïdite diverticulaire et d'autre part affirmer ou présumer l'existence d'un néoplasme sus ou sous-jacent (observations n^{os} 1, 5, 6, 7, 8 et 9).

Trois fois le diagnostic a été très difficile. La sigmoïdite diverticulaire est évidente, mais le néoplasme n'est pas vu à la radiographie. La clinique reste imprécise et on peut penser à une sigmoïdite pseudo-tumorale ou à une simple diverticulite.

Deux de ces malades ont été au départ victimes d'une erreur de diagnostic et traités médicalement pendant un an environ en dehors de nos services. Il faut reconnaître

cependant que lorsque nous les avons vus pour la première fois, le diagnostic n'était pas évident et que l'intervention a été proposée tant pour traiter la diverticulite sigmoïdienne rebelle aux moyens médicaux, que pour lever le doute du néoplasme (observations, n^{os} 2, 3, 4).

RELATIONS ENTRE SIGMOÏDITE ET CANCER

Dans nos neuf observations, sigmoïdite et cancer siègent sur la même aire colique : cette constatation pose trois problèmes.

1° *La sigmoïdite diverticulaire est-elle appelée à dégénérer ?*

Nous ne le croyons pas : certes, chez deux de nos malades (observations 8 et 9), l'examen des pièces opératoires (cf. figures n^{os} 9 et 11) montra l'existence de diverticules au centre de la lésion néoplasique : et pour certains auteurs, « l'inflammation chronique du diverticule formerait un terrain idéal pour le développement du cancer et ferait de la diverticulite un état prénéoplasique ». (Boucard).

Koch et Hochenegg, Mailler et Ballin ont, en effet, publié jadis deux cas de dégénérescence. Mais ce sont là des cas rarissimes et on ne peut en tirer aucune conclusion formelle.

2° *La sigmoïdite diverticulaire est-elle un facteur favorisant l'apparition du néoplasme ?*

On pourrait le croire à la lumière de nos neuf observations.

Cependant, pour J. Vague le diverticule ne fait pas le lit du cancer et l'étude des grandes statistiques semble montrer que le néoplasme est plus fréquent sur colon sain que sur colon diverticulaire. (Hoar et Bernhardt).

3° *La présence de diverticules peut être secondaire à une tumeur sigmoïdienne :*

« La lutte contre l'obstacle néoplasique chez un sujet âgé aux tissus relâchés, doit favoriser l'éclosion de hernies de la muqueuse à travers une musculature déficiente avec des zones de moindre résistance ». (Boucard).

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — M. R..., 55 ans.

Depuis six mois : douleurs abdominales basses, sourdes ; sans grande diffusion ; avec maximum d'intensité dans la fosse iliaque gauche ; sans relation avec les repas. Il y a trois



FIGURE N° 1

Distension du rectum et du sigmoïde ; puis défilé rigide et rétréci néoplasique ; surmonté d'un colon gauche entièrement diverticulaire.

mois, émission de sang rouge enrobant les matières. Aucun trouble du transit.

A l'examen : Bon état général.

Apyrétique.

A peu maigri.

Masse colique dans la fosse iliaque gauche
bosselée, douloureuse, peu sensible.

Toucher rectal négatif.

Rectoscopie négative.

Radiographie : cf. figure n° 1.

Intervention : 24-12-46 (Professeur Pierre Bertrand).

Rachianesthésie de la Procaïne.

Médiane sous-ombilicale.

On découvre un néoplasme en virole de la partie moyenne
de l'S iliaque truffé de diverticules.

Colectomie segmentaire avec bout à bout.

Iléostomie de dérivation sur l'Iléon terminal.

Suites : Décès le 5-1-47 dans un tableau d'occlusion du
grêle, malgré une réintervention.

Examen anatomo-pathologique de la pièce : épithélioma
atypique.

OBSERVATION N° 2. — M^{me} D... J.-Marie, 73 ans.

Le début de l'affection remonte à quatre ans par des
alternatives de diarrhée et de constipation.

Depuis un an : constipation rebelle.

Chez cette malade, on note, en outre, depuis six mois, des
épisodes infectieux avec clochers thermiques à 39, durant qua-
rante-huit heures, accompagnés de mélæna ; phénomènes in-
termittents de cystite. Crises coliques d'obstruction se résol-
vant par des borborygmes et un péristaltisme important. Pas
d'épreintes, pas de ténésme.

Examen : Malade asthénique.

Très amaigrie.

Hépatomégalie de trois travers de doigts.

Boudin colique de la fosse iliaque gauche.

Toucher rectal : masse sigmoïdienne perçue à
travers l'ampoule rectale.

Rectoscopie : négative.

Radiographie : cf. figure n° 2.

Intervention : 24-11-48 (Professeur Pierre Bertrand).

Anesthésie générale.

Incision de Hartmann.

Néoplasme sigmoïdien bas sans aucune adhérence. Pas d'adénopathies visibles.



FIGURE N° 2

S. Iliaque diverticulaire. — Diverticules mal imprégnés. — Pas d'aspect visible de néoplasme.

Colectomie segmentaire avec bout à bout (deux plans à points séparés). Drain vaginal par colpotomie postérieure sous péritonisation très bonne de l'anastomose.

Cæcostomie sur sonde de Pezzer.

Noter la présence d'une greffe sur la muqueuse rectale à 3 centimètres au-dessous de la section primitive obligeant à faire une recoupe.

Suites opératoires : la malade perd lentement conscience et est emmenée par sa famille le 26-11-48.

Résultat de l'examen anatomo-pathologique : Epithélioma cylindrique : la greffe est bien néoplasique, mais très localisée sans pénétration en profondeur.

OBSERVATION N° 3. — M. E..., 59 ans.

Vieux passé colique plus marqué depuis deux ans.

A l'occasion de phénomènes douloureux dans la fosse iliaque gauche, consulte, il y a un an, un médecin qui fait



FIGURE N° 3

Diverticulite du Colon descendant spasmé « en accordéon » ; zone mal imprégnée à la jonction recto-sigmoïdienne sans qu'on puisse affirmer le néoplasme.

le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire. En février 1950, au cours d'un voyage à l'étranger, fait un épisode subocclusif fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Examen le 3 mai 1950.

Etat général médiocre.

Aspect clinique et radiologique de sigmoïdite.

Toucher rectal négatif.

Rectoscopie négative.

Radiographie : cf. figure n° 3.

Intervention le 9-3-1950 (Professeur Pierre Bertrand).

Anesthésie générale.

Incision de Hartmann.

Il s'agit d'un néoplasme avec de telles réactions inflammatoires qu'à première vue, on pourrait penser à une sigmoïdite. Mais on sent la tumeur qui, à l'occasion des manœuvres opératoires, se rompt et laisse voir des bourgeons néoplasiques.

Colectomie avec bout à bout.

Cæcostomie.

Suites opératoires : décès le 10^e jour après une cellulite pelvienne.

Résultat de l'examen anatomo-pathologique : épithélioma atypique.

OBSERVATION N° 4. — M^{me} C..., 64 ans.

Petit passé digestif.

Pas de troubles du transit avant le 29-4-1951.

A cette date, syndrome d'obstruction intestinale avec coliques dans la fosse iliaque gauche, arrêt des matières et des gaz. Péristaltisme.

1-5-51 : *Cæcostomie* avec suites simples.

Examen : sur l'abdomen non distendu, on arrive à palper une masse du volume d'un citron, relativement mobile, dans la fosse iliaque gauche.

Toucher rectal : on atteint à bout de doigt le pôle inférieur d'une tumeur en battant de cloche.

La *rectoscopie* ne fut pas pratiquée.

Radiographie : cf. figure n° 4.

Intervention le 22-5-1951 (Docteur Saubier).

Anesthésie générale.

Incision de Hartmann.

Néoplasme en virole de la partie mobile du colon pelvien.

Colectomie avec anastomose latéro-latérale.

Suites opératoires simples.

Fermeture de la fistule cœcale le 26-7-1951.

Sort le 11-8-1951.

Va bien depuis.

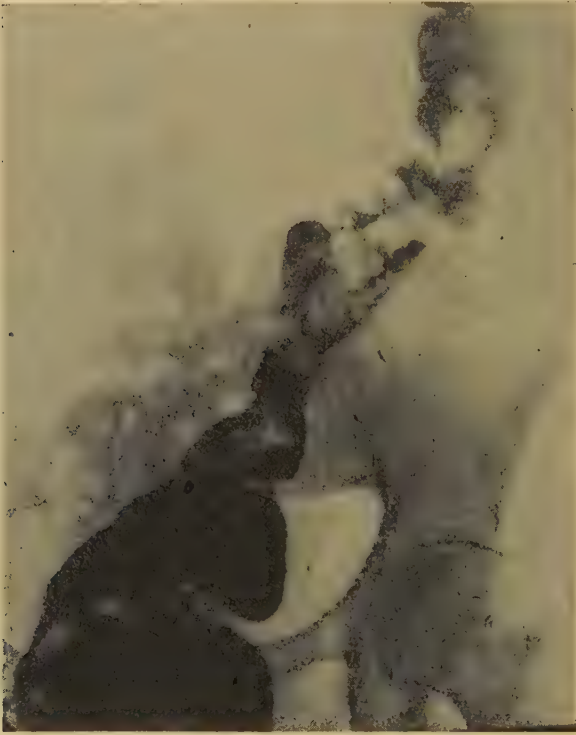


FIGURE N° 4

Sigmoïdite intense avec deux beaux diverticules et plusieurs petits diverticules. Néoplasme impossible à individualiser avec certitude.

Résultat de l'examen anatomo-pathologique : epithelioma glanduliforme orthoplastique qui, en quelques points, prend le type colloïde.

OBSERVATION N° 5. — M^{me} D..., 59 ans.

Pas d'antécédents particuliers. Petits troubles intestinaux, sans syndrome dysentérique depuis quelques mois. Deux à

trois selles par jour. Quelques épisodes de ténésme, pas de douleurs abdominales, pas de température.

Examen : Petit boudin colique. Rien à signaler par ailleurs.

Toucher rectal négatif.

Rectoscopie négative.

Radiographie : cf. figure n° 5.

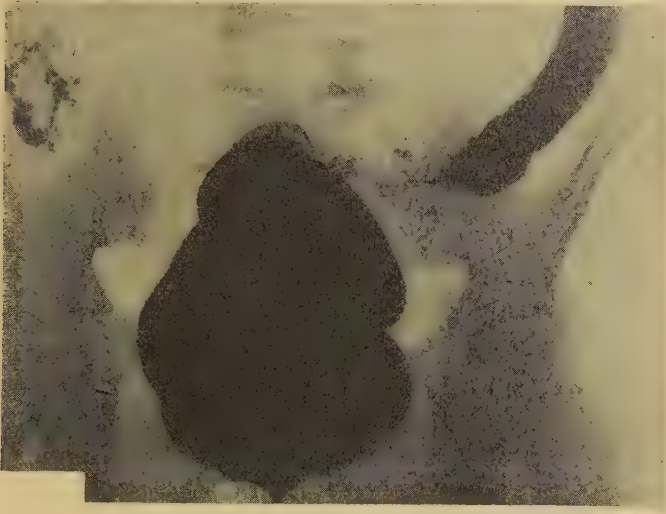


FIGURE N° 5

Zone rétrécie et rigide très suspecte coiffant un rectosigmoïde distendu; au-dessus: aspect typique de sigmoïdite diverticulaire.

Intervention : 6-1-54 (Professeur Pierre Bertrand).

Anesthésie générale.

Incision de Hartmann.

Gros néoplasme encéphaloïde non extériorisable à la partie basse de l'S iliaque. Colectomie avec bout à bout. Cæcostomie.

Suites simples : va bien actuellement.

Examen anatomo-pathologique : épithélioma cylindrique typique.

OBSERVATION N° 6. — M. C... René, 51 ans.

Le début de l'affection remonte à un an par des phénomènes diarrhéiques d'intensité moyenne : cinq à six selles par jour. Sans aucune altération de l'état général.



FIGURE N° 6

Anastomose excellente. — Sigméïdite résiduelle de la portion iliaque du colon gauche.

On relève plusieurs accidents aigus fébriles (avec température autour de 39). Le malade, lorsqu'il entre dans le Service, est un constipé avec des selles très dures. Chaque selle s'accompagne d'un petit méléna.

Pas d'épreintes, pas de ténésme ; pas de crises subocclusives ; pas de troubles dyspeptiques ; petits signes urinaires.

Examen : malade pâle, amaigri et asthénique.

Toucher rectal négatif.

Réctoscopie négative.

Radiographie : 1° Sigmoidite diverticulaire ; 2° Défilé rétréci et inextensible sous-jacent, très suspect de néoplasme.

Intervention : 6-3-54 (Professeur Pierre Bertrand).

Anesthésie générale.

A. — 1° Incision de Hartmann ; sigmoïde court, grosse masse inflammatoire ou néoplasique plaquée sur la corne gauche de la vessie dont on la sépare difficilement.

2° Colectomie segmentaire (adénopathies mésoaraïques qui obligent à une ligature haute de la mésentérique inférieure). Bout à bout en deux plans.

La pièce ouverte montre la présence d'un néoplasme.

3° On résèque une partie de la face postérieure de la paroi vésicale sous péritonisation. 1 drain ondulé.

B. — Anus transverse.

Sur la pièce, on voit un gros bourgeon occupant les 2/3 de la circonférence de l'S iliaque.

Suites simples : Fermeture intrapéritonéale de l'anus transverse le 8-6-54. Sort le 26-7 54.

Examen anatomo-pathologique : épithélioma glandulaire qui infiltre les tuniques musculaires. Ganglion non envahi.

Radiographie post-opératoire : cf. figure n° 6.

OBSERVATION N° 7. M. L..., 57 ans.

Constipation habituelle.

En février 1954 : au cours d'un voyage, présente un syndrome de diarrhée inexpliquée, sans température, sans syndrome dysentérique.

Depuis un mois et demi, présence de glaires et d'un peu de sang dans les selles. Pas de troubles urinaires. Pas de coliques abdominales.

Examen : Amaigrissement de quatre kilos.
Conservation de l'appétit.
Examen clinique négatif.
Radioscopie négative.
Toucher rectal négatif.



FIGURE N° 7

Distension du rectum. — Sigmôidite très intense. — Aspect lacunaire typique à la jonction rectosigmoidienne.

Rectoscopie : végétations sur la fin du sigmoïde.

Examen radiologique : cf. figure n° 7.

Intervention : le 4-7-54 (Professeur Pierre Bertrand).
Anesthésie générale.
Incision de Hartmann.

Cancer en bec de flûte adhérent à la vessie. Colorectomie avec anastomose bout à bout colorectale. Intervention difficile car le malade est très affaibli. Anus transverse.

Suites : décès le quatrième jour.

Résultat de l'examen anatomo-pathologique : epithelioma atypique.

OBSERVATION N° 8. — M^{me} C..., 70 ans.

Petits troubles digestifs anciens.

Début clinique marqué il y a deux mois par un syndrome dysentérique avec coliques abdominales ; fréquence des faux besoins ; une seule émission de sang rouge.

Il y a vingt jours, épisode fébrile avec petit empâtement de la fosse iliaque gauche. Température à 38,5.

Le traitement (antibiotiques, glace sur le ventre) n'avait pas amené la chute thermique.

Examen : malade pâle, fatiguée, obèse.

La palpation abdominale est difficile du fait de l'obésité mais la fosse iliaque gauche est douloureuse sans que l'on puisse retrouver un plastron vrai.

Toucher rectal, toucher vaginal : massé sigmoïdienne perçue à bout de doigt, mais imprécise, peu mobile.

Rectoscopie négative.

Radiographie : cf. figure n° 8.

Etant donné la non sédation des signes inflammatoires, on pratique le 27-10-54, un *anus transverse* sur tube de verre.

La température revient à la normale et la malade est préparée à une intervention.

Intervention : 17-11-54 (Professeur Pierre Bertrand).

Anesthésie générale.

Incision de Hartmann.

Gros néoplasme de l'anse afférente de l'S iliaque, tenant lâchement à la vessie et adhérent à la face postérieure de l'isthme utérin. On est donc obligé de commencer par la ligature du pédicule annexiel droit et du pédicule utérin droit. Section de l'isthme utérin et colectomie large enlevant en bloc utérus et colon.

Bout à bout en deux plans.

Une mèche.

Un drain vaginal.

Examen de la pièce : cf. figure n° 9.

Suites : décès le quatrième jour dans un tableau d'insuffisance ventriculaire gauche.

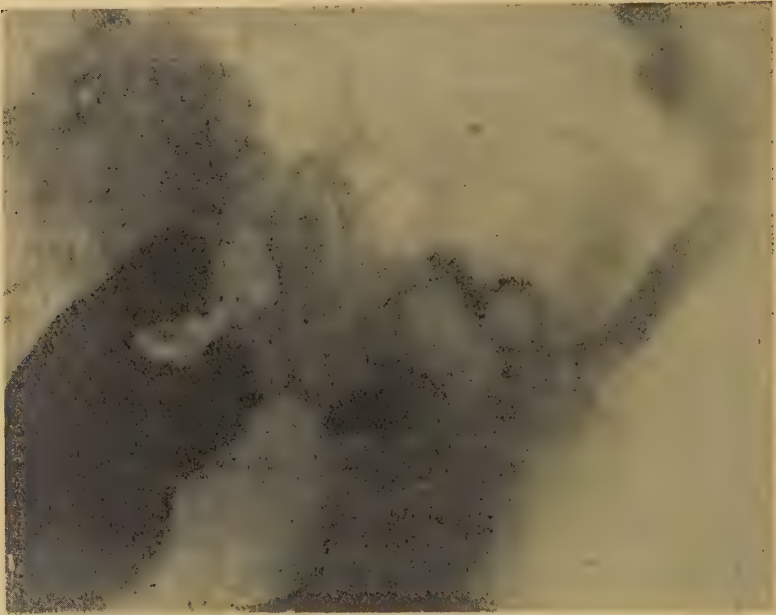


FIGURE N° 8

Sigmoidite diverticulaire mal individualisable. — Deux images arrondies pouvant en imposer pour une tumeur bénigne, mais qui sont dues, en réalité, à des fécalomes. — Mauvaise imprégnation et rétrécissement d'une grande partie du sigmoïde sans aspect résolument certain d'épithélioma.

Examen anatomo-pathologique : epithelioma glandulaire typique.

OBSERVATION N° 9. — M^{me} R... Catherine, 73 ans.

Petits troubles digestifs anciens avec quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche. Depuis trois mois : troubles rectaux. Dix selles par jour avec ténésme ; plus récemment, selles « gelée de groseille », puis franchement teintées de sang.

Examen : Bon état général.
Pas d'amaigrissement.
Pas d'anorexie.
Pas de phénomènes douloureux.



FIGURE N° 9

Orifices diverticulaires visibles au centre de la lésion néoplasique.

Abdomen souple et normal.
Toucher rectal : paquets hémorroïdaires et perception, à bout de doigt, à travers l'ampoule rectale, d'une masse sigmoïdienne.

Rectoscopie négative.

Radiographie : cf. figure n° 10.

Préparation de la malade à l'intervention.

Intervention : 24-11-54 (Professeur Pierre Bertrand).
Anesthésie générale.
Incision de Hartmann.



FIGURE N° 10

Sigmoïdite diverticulaire. — Distension rectosigmoïdienne que continue un segment rigide caniculé, néoplasique.



FIGURE N° 11

Orifices diverticulaires visibles au centre de la lésion néoplasique.

Il s'agit d'un cancer sigmoïdien bas. Après colectomie, il faut pratiquer une anastomose bout à bout colorectale (en deux plans, à points séparés).

A noter que l'on enlève les deux annexes qui gênent la péritonisation (présence d'une granulation suspecte sur l'ovaire gauche).

Anus transverse sur baguette de verre.

Suites immédiates : simples.

Pièces : cf. figure n° 11.

Examen anatomo-pathologique : epithelioma glandulaire typique.

LES DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique

Un malade est atteint de sigmoïdite diverticulaire : l'évolution de l'affection n'est pas satisfaisante. On redoute de « laisser passer quelque chose », et en particulier l'association d'un néoplasme. Est-il possible sur l'étude des signes cliniques d'affirmer cette association ? Si les deux affections se manifestaient par une symptomatologie radicalement opposée, le problème serait facile : l'association de ces signes différents suffirait au diagnostic. Malheureusement, diverticulite et cancer ont une séméiologie très proche et l'analyse précise des symptômes ne pourra que faire suspecter l'association.

Bentley P., Colcock et Robert E. Sass (Surg. Gyn. and obst. Nov. 54, p. 627) ont analysé un à un ces signes communs. Nous leur empruntons le tableau suivant où ils en étudient la fréquence relative, sur une statistique de cinquante malades.

SIGNES	CANCER		DIVERTICULITES	
	Nomb. de malades présentant le symptôme	%	Nombre	%
Nausées et vomissements	14	28	27	54
Diarrhée	14	28	14	28
Constipation	26	52	17	34
Douleurs abdominales à type de coliques	19	38	40	80
Hémorragies	32	64	11	22

Douleurs abdominales ...	13	26	37	74
Fièvre et frissons	7	14	19	38
Tumeur abdominale	8	16	6	12
Tumeur rectale	3	6	6	12
Sensibilité abdominale ...	8	16	13	26
Sensibilité rectale (au TR)	0	0	8	16

Les notions d'âge et de sexe présentent peu d'intérêt.

Mayo dans sa statistique précise que la diverticulite a plus encore que le cancer une prédilection pour le sexe masculin et que l'âge moyen des malades est plus avancé dans la diverticulite que dans le néoplasme. Mais ce sont là des données bien imprécises sans grande valeur pour le diagnostic.

Une baisse importante de l'état général (avec amaigrissement, asthénie, anorexie) est un signe suspect que nous avons relevé chez de nombreux malades. Deux de nos malades seulement avaient conservé un état général satisfaisant (observations n^{os} 1 et 9).

Les signes latents d'infection (objectivés sur la lame sanguine par une leucocytose avec polynucléose) sont moins caractéristiques et peuvent s'observer dans la sigmoidite isolée comme dans le néoplasme.

Les signes fonctionnels sont souvent identiques :

Les malades accusent un syndrome colique gauche qui peut s'objectiver au premier chef par la *crise colique* : à intervalles variables, souvent après une phase de constipation, le malade accuse 5 à 6 heures après un repas, souvent plus copieux qu'à l'ordinaire, des douleurs à type de coliques, siégeant dans la fosse iliaque gauche (parfois dans la fosse iliaque droite). Ces douleurs s'accompagnent d'un ballonnement abdominal diffus et d'ondes péristaltiques perçues par le malade. Dans un deuxième temps, douleurs et tympanisme cèdent au moment où le malade perçoit un gargouillement en un point constant de l'abdomen. Il sent « passer quelque chose » et la douleur disparaît avec l'émission de gaz et de matières.

Cette crise colique, symptomatique d'une sténose, s'observe aussi bien dans la diverticulité que dans le cancer. La répétition des accidents occlusifs majeurs (obs. 4) ou mineurs (obs. 2 et 3) nous semble cependant un signe d'alarme en faveur du néoplasme.

L'apparition de poussées infectieuses perdant le caractère aigu — observé généralement dans les sigmoïdites — pour prendre une allure plus torpide est un symptôme suspect que nous avons relevé trois fois (obs. 2, 6 et 8).

Deux de nos malades (obs. 2 et 6) accusaient de petits signes urinaires ; mais on connaît la fréquence des complications vésicales des sigmoïdites chroniques (les fistules sigmoïdo-vésicales sont en particulier plus fréquentes dans l'évolution de la sigmoïdite que dans celle du cancer). Ces signes ne doivent donc pas, à notre avis, s'ils sont isolés, faire redouter l'association.

L'examen peut révéler la présence d'une tumeur abdominale, de siège iliaque gauche, mieux perçue en position de Trendelenbourg. Il est classique d'opposer la mobilité plus longtemps conservée, l'invariabilité d'un examen à l'autre, — ou l'augmentation — de la tumeur néoplasique à la plus grande fixité (du fait de la péricolite plus intense), la variabilité de la tumeur diverticulaire. Chez quatre de nos malades (obs. 1, 2, 4 et 5), fut décelé un boudin colique d'une remarquable constance aux examens successifs.

Le toucher rectal (complété chez la femme par le toucher vaginal) est un temps capital de l'examen. Il est déplorable de voir des malades soignés médicalement pendant des mois (témoin l'un de ceux dont nous présentons l'observation) sans que cette investigation soit pratiquée. Il permet souvent de percevoir une tumeur soit indirectement à travers l'ampoule rectale (obs. 2 et 9), soit directement à bout de doigt (obs. 4 et 8).

L'examen des selles est d'une importance capitale. Certains auteurs : E. Dubarry, J.J. Dubarry, Wagner, Pratt et

Paschetta, citent les hémorragies comme complications des diverticulites pures ; et Delaporte a consacré sa thèse à la « Forme hémorragique de la diverticulite du colon iléo-pelvien ». Mais il s'agit d'un phénomène relativement rare et l'apparition de melæna nous apparaît comme un argument de valeur en faveur de l'association (obs. 1, 2, 6, 7, 8 et 9).

Enfin, il faut attacher une grande importance à *l'échec d'un traitement médical bien conduit*.

L'examen clinique permet donc de déceler certains signes suspects, leur association est assez significative, témoin l'observation 2 où nous relevons une baisse de l'état général, des hémorragies, des accidents occlusifs et infectieux, des signes urinaires, un boudin colique à la palpation abdominale et une masse sigmoïdienne au toucher rectal.

Mais la Clinique est impuissante à affirmer le diagnostic. Elle ne fournit que des signes d'alarme imposant une série d'examens spéciaux dont le premier est l'examen radiologique.

Diagnostic radiologique

Nous n'avons pas l'intention d'étudier en détail les données de la radiologie dans les sigmoïdites et dans le néoplasme. Nous essayerons simplement de mettre en évidence les signes radiologiques propres à chacune de ces affections et les critères qui permettent de trancher les cas douteux.

LA TECHNIQUE DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE (1).

La voie haute — transit baryté — est à proscrire et c'est au lavement baryté que l'on aura recours.

(1) Nous devons ces renseignements de technique radiologique à l'obligeance du Docteur NAUDIN, Electroradiologiste des Hôpitaux. Il nous est agréable de l'en remercier ici et de l'assurer de notre respectueuse sympathie.

A. — *La préparation du malade à cet examen est capitale.* La veille au soir, on lui administrera un lavement ; une purgation (à l'huile de ricin par exemple), s'impose chez les grands constipés. Un nouveau lavement est nécessaire 2 à 3 heures avant l'examen radiologique. Enfin, les repas seront légers la veille et le matin de l'examen.

B. — *Le produit utilisé* est le plus souvent de la baryte très dense ; on peut y adjoindre du tannin (12 à 15 grammes par litre), qui donnera de meilleures images d'évacuation et d'imprégnation muqueuse après insufflation.

On pourra avoir recours au lavement de Thorium (Maingot et son Ecole) qui possède la propriété de flocculer au contact de la muqueuse colique, en donnant un précipité opaque qui se dépose en couche mince, et moule parfaitement la muqueuse.

C. — *Marche de l'examen.*

Le lavement est généralement donné sans canule oblitérante. Mais la sonde de Pouliquen (gonflée à l'eau ou à l'air) est parfois nécessaire (sujet âgé, incontinent), mais son emploi demande de grandes précautions.

Le lavement qui doit être tiède sera administré sous basse pression. Il faut suivre à la radioscopie tout le remplissage du sigmoïde. On procédera lentement, par étapes, en faisant prendre un cliché chaque fois qu'une image radioscopique suspecte aura attiré l'attention.

Le malade est placé en décubitus dorsal (tube dessous), mais du fait de la superposition des anses sigmoïdes il est nécessaire d'examiner le malade en différentes positions : position oblique, profil vrai, position oblique en procubitus. Le tube devra également être incliné soit vers les pieds, soit vers la tête, pour dégager au mieux les anses superposées. On pourra avoir recours à la position « lapinée » décrite par Chassard, qui donne de bonnes images de la jonction recto-sigmoïdienne. Chez l'un de nos malades (obs. 7), la lésion n'est visible que sur les clichés de 3/4.

D. — *Les clichés.* Toutes les fois qu'une zone paraît suspecte, on fera tirer un cliché centré sur cette région.

On prendra des clichés après évacuation du lavement et on fera également appel à l'insufflation. Cette excellente méthode n'est pas sans danger. Elle est à proscrire dans les cas où les phénomènes inflammatoires sont très intenses. De toute façon, la présence de diverticules commande une grande prudence. L'insufflation se pratiquera sous contrôle radioscopique et sera interrompue à la moindre douleur.

Rachet, Busson, Arnous ont introduit en radiologie intestinale les modificateurs du comportement que sont les extraits de lobe postérieur d'hypophyse (5 U.I. injectées par voie intraveineuse en 5 minutes sous un volume de 10 cc), la Prostigminé (injectée par voie sous-cutanée ou intraveineuse) ou l'Atropine. Cette excellente méthode dont le but est d'exciter artificiellement le péristaltisme colique est néanmoins contre-indiquée chez la femme enceinte, les hypertendus, les artério-scléreux et les cachectiques.

E. — *Deux points essentiels sont à retenir sur ces brèves données techniques :*

— *L'impérieuse nécessité d'une excellente préparation,* il ne faut jamais précipiter l'examen ; il est préférable de faire perdre 48 heures au malade pour le bien préparer, plutôt que d'obtenir des clichés toujours mauvais, sinon trompeurs (les scybales pouvant donner des aspects pseudo-lacunaires).

— *L'obligation de ne laisser aucun segment inexploré et de multiplier les clichés.*

F. — *Les contre-indications de l'examen radiologique.* Mises à part les restrictions que nous avons exprimées, à propos de l'insufflation et de l'emploi des modificateurs du comportement, la méthode dans son ensemble semble devoir être proscrite en poussées évolutives. De nombreux auteurs (Bensaude, Mac Donald, Newton, De Quervain entre autres) ayant cité des cas d'éclatement de diverticules au cours du lavement baryté.

LES RÉSULTATS

a) *Les signes de sigmoïdite diverticulaire.*

— A la phase de début, la radioscopie met en évidence le spasme du segment pathologique : spasme intermittent, étendu, et retrouvé toujours au même endroit.

Les images fixées par la radiographie sont multiples : l'intestin apparaît moniliforme et on a décrit l'intestin en « pile d'assiettes », en « accordéon », en « vis de presseur », en « pièces de monnaie », en « éléments de radiateur », terminologie variée qui montre la diversité des images rencontrées.

— Plus tard, l'intestin devient immobile et la radioscopie montre le segment pathologique ne se contractant pas devant la baryte, qui, bien au contraire, « se précipite dans le colon et chemine comme un ruisseau en suivant un cours irrégulier » (Bensaude).

Les clichés radiographiques montrent l'exagération des images observées à la phase de début, et certains aspects attestent de l'ulcération de la muqueuse, l'image ulcéreuse pouvant être comparée à un éperon, à une tête de clou. La confluence des ulcérations se traduit sur le contour du profil intestinal par des aspects variables comparés à des dents de scie, des créneaux, ou des crêtes de coq.

— A tous les stades, on relève la présence de diverticules signant l'origine diverticulaire de la sigmoïdite. Ce sont des taches à limites nettes, des évaginations en doigts de gant, qui hérissent le contour de l'ombre du sigmoïde. Après évacuation, ils apparaissent comme des taches qui tranchent sur la clarté de l'intestin dont seuls les contours restent visibles. On les voit mieux après insufflation. Mais nous avons vu qu'en leur présence cette méthode n'était pas sans danger. Enfin, ils se traduisent souvent par des images floues et imprécises, s'ils sont remplis de matières ou de mucus.

b) *Les signes de néoplasme.*

Le néoplasme se traduit par trois aspects principaux.

— *La rigidité* : c'est une absence d'élasticité et d'extensibilité du colon dont les plis, les haustrations sont supprimés. Les plis muqueux, s'ils sont conservés, sont épais et désorientés.

— *La lacune*. La lacune est constante et invariable. La lacune marginale est la mieux visible, elle se traduit sur le profil par une perte de substance interrompant brusquement le profil normal de la muqueuse. En cas de lacune centrale, tout un segment de l'intestin n'est pas injecté et s'objective sous la forme d'un défilé étroit déchiqueté, irrégulier, que la baryte à peine à franchir, et dont l'aspect rappelle celui d'une flamme de bougie. Au-dessus de la lésion le colon est distendu.

— *La niche* est un aspect moins fréquemment observé et plus difficile à voir.

D'autre part, il peut exister une invagination de la tumeur, donnant des aspects tout différents, en cupule et en trident.

Dans les cas où l'on hésite à affirmer que la sigmoïdite est seule en cause, et où l'on redoute l'association à un néoplasme, la radiologie peut-elle à coup sûr trancher le diagnostic ?

C. — *Les signes dans les associations.*

Schatzki a pu dire que le diagnostic radiologique différentiel entre les deux affections est « aisé dans la plupart des cas, difficile dans certains, impossible dans un petit nombre ». (Surg. Gyn. and Obst. nov. 1954, p. 267).

Il existe des cas d'association facilement diagnostiqués par la radiologie qui montre la coexistence d'images typiques.

Mais bien souvent, chez un malade pour lequel il est impossible de poser un diagnostic clinique, la radiologie montre des images dont il est difficile de dire si elles traduisent un néoplasme ou une sigmoïdite diverticulaire.

En effet, les cavités diverticulaires, les images en éperon, de la sigmoïdite ulcéreuse peuvent ressembler aux cryptes du cancer infiltrant.

Les phénomènes de péridiverticulite forment parfois une gangue rigide autour des diverticules. Les clichés montrent alors un défilé étroit, immobile, simulant la sténose néoplasique.

Aussi, de nombreux auteurs se sont-ils attachés à décrire dans les cas difficiles, des signes permettant de trancher le diagnostic en faveur de l'une ou l'autre affection. Il est classique, en particulier, d'opposer à l'image radiologique bien circonscrite du néoplasme l'image beaucoup plus estompée, avec transition progressive entre l'intestin sain et la zone pathologique, de la sigmoïdite qui « lèche le colon avoisinant » (signe excellent).

Rowe et Kollemar décrivent une série de signes opposant diverticulite et néoplasme. Pour ces auteurs, les diverticulites se caractérisent par la longueur du segment atteint ; par l'intégrité des plis muqueux ; par la variabilité, aux examens successifs, des images observées ; par un aspect strictural avec exagération des plis (aspect en dents de scie) ; par une sténose sans tumeur évidente ; par la présence de diverticules ; alors que l'intégrité du segment sus-jacent à la lésion, la brièveté de la zone pathologique, la destruction des plis muqueux, l'augmentation de la sténose au cours d'examens successifs, l'absence de diverticules, la sténose avec masse tumorale évidente signent le néoplasme.

L'intérêt de ces signes est incontestable. Il existe cependant des cas où la radiologie est impuissante à dire si la sigmoïdite est seule en cause ou si un néoplasme lui est associé : image typique de diverticulite sur un segment colique et dans un segment, sus ou sous-jacent, petit défilé étroit, irrégulier, rigide : péri-sigmoïdite localisée ou néoplasme associé ? La conclusion est souvent impossible.

Dans trois de nos observations (observations n^{os} 1, 7 et 9) les deux lésions sont nettement juxtaposées et l'association peut être formellement affirmée (cf. fig. n^{os} 1, 7 et 10).

Dans trois autres observations (observations n^{os} 5, 6 et 8) les clichés radiologiques montrent des lésions très nettes de sigmoïdite et d'autre part des lésions faisant suspecter le néoplasme sans qu'on puisse affirmer, à coup sûr, celui-ci (figures n^{os} 5, 8).

Enfin, dans les trois dernières (observations n^{os} 2, 3, 4) les radiographies mettent en évidence les lésions de sigmoïdite : mais le cancer est impossible à individualiser. Il n'existe même pas de zone suspecte (cf. figures n^{os} 2, 3, 4).

Le diagnostic rectoscopique

La rectosigmoïdoscopie est une méthode d'investigation qui remonte au XIX^e siècle. C'est Desormeaux qui, le premier, en 1853, l'utilisa. Perfectionnée grâce aux travaux de nombreux auteurs aussi bien français qu'étrangers (Kussmaul, Kelly, Pennington, Lawo, Tuttle, Lockart, Mummery, Strauss, Quénu et Duval, Hartmann et Ockinczyk, Bensaude et Léon) la rectoscopie représente actuellement, dans les services de Gastro-Entérologie, un examen courant dont la technique est connue de tous.

I. — LES LIMITES DE L'EXAMEN.

On ne peut explorer que 25 cm. au maximum, bien souvent le tube arrêté par le spasme du colon malade ne franchit pas plus de 17 à 18 cm.

II. — SES CONTRE-INDICATIONS.

Si la méthode est souvent difficile, (spasme d'une muqueuse enflammée s'opposant à un examen complet), elle est parfois dangereuse et doit être contre-indiquée — en raison du risque de perforation — lorsqu'existe une péricolite suppurée. Elle ne sera pratiquée qu'avec grande prudence lorsqu'existent des lésions utéro-ovariennes.

nes. De toute façon, on n'aura jamais recours à aucune manœuvre de force et l'on ne fera progresser le tube que sous contrôle de la vue. Mais l'opinion de Pauchet estimant l'endoscopie systématiquement dangereuse dans la diverticulite nous paraît exagérée.

III. — LA BIOPSIE.

Elle est souvent le complément de l'endoscopie. Elle sera essentiellement réservée aux lésions qui font saillie dans la lumière rectale, bien plus qu'aux infiltrations interstitielles ou en nappe, sur lesquelles le biotome aurait difficilement prise.

IV. — LES RÉSULTATS.

A. — *Les aspects de sigmoïdite.*

La muqueuse du segment inférieur de l'anse sigmoïde apparaît rouge, tomentueuse, et plissée. Elle ne saigne pas au contact.

La lumière intestinale est de calibre normal ou bien se rétrécit progressivement.

On n'observe généralement pas de bourrelets œdémateux comme ceux qui, souvent, avoisinent la tumeur cancéreuse. Enfin, entre les zones ulcérées existent des plages de muqueuse saine.

Les orifices diverticulaires sont le plus souvent invisibles. Sweig, Albu et Bensaude ont eu la chance d'en apercevoir au cours de leurs endoscopies. Dans la majorité des cas, ils sont masqués par les plis de la muqueuse « boursoufflée » (Caïn) ou par de petits amas de fécès.

Il faut cependant retenir que très souvent la diverticulite reste muette à l'endoscopie ou tout, au moins que « les lésions ne revêtent que d'une façon exceptionnelle un aspect spécifique ». (Soustelle).

B. — *Les aspects de néoplasme.*

Le cancer revêt à l'endoscopie un aspect sténosant à parois plus ulcérées que végétantes. Les limites de l'ulcération apparaissent dures au contact de l'endoscope.

Il existe également des tumeurs malignes, pédiculées, dont l'aspect rappelle celui d'une néo-formation bénigne.

Souvent, on ne voit rien, à l'exception d'un léger écoulement sanguin : cette hémorragie en dehors de toute lésion objective apparaît, aux yeux de la plupart des endoscopistes, comme un bon signe de cancer.

C. — *Les cas difficiles.*

L'endoscope ne peut franchir un défilé étroit : sténose néoplasique ou sténose inflammatoire ? Il est souvent impossible de trancher le diagnostic.

D. — *Les associations.*

Dans les cas douteux, où l'on redoute l'association d'un néoplasme à une sigmoïdite, la rectosigmoïdoscopie peut faire la preuve de cette coexistence en montrant des aspects typiques de cancer (obs. 7).

En réalité, cette éventualité est rare, puisque dans les 9 observations que nous présentons, et où, une fois seulement (obs. 4), la rectoscopie ne fut pas pratiquée, cet examen ne montra rien dans 8 cas (1, 2, 3, 5, 6, 8, et 9). Cet échec de la rectoscopie s'explique par le fait que nos malades présentaient le plus souvent des lésions sigmoïdiennes hautes, au-delà des limites de l'exploration endoscopique.

Diagnostic opératoire

Le chirurgien va donc parfois intervenir sans savoir s'il s'agit d'une sigmoïdite isolée ou associée à un néoplasme.

En présence des lésions, le diagnostic est-il aisé ? Le

François a pu dire que dans les cas faciles, le néoplasme se présente comme une tumeur dure, arrondie, limitée, irrégulière, respectant le péritoine et le méso. La sigmoïdite pseudo-tumorale se présente comme une tumeur allongée, mordant sur le colon sain avec un méso infiltré et fixé.

Toutefois, ainsi que le signale Morton, il est, opératoirement, parfois impossible de distinguer entre diverticulite et cancer avec réaction inflammatoire secondaire marquée. On relève dans la littérature de nombreux exemples de ces cas difficiles.

DELORE ET LAMBERT (*Lyon Chirurgical*, V, 1911, p. 150), citent le cas suivant :

Il s'agit d'une malade de 48 ans, qui, en février 1908, a présenté un abcès du Douglas pour lequel le P^r Curtillet (Alger) a pratiqué une intervention de drainage. En juin 1908, le drain est enlevé, la plaie est fermée. En août 1908, cette même malade subit une cœcostomie pour un épisode d'occlusion aiguë.

En juillet 1910, la malade désire être débarrassée de son anus contre nature. Elle consulte le P^r Delore : il s'agit alors d'une malade amaigrie, au teint terreux, accusant des coliques abdominales fréquentes. On relève un péristaltisme intense, et on sent au toucher « une masse vers le détroit supérieur du côté gauche ».

Delore conclut à une sténose serrée à l'union de l'S iliaque et du colon pelvien, mais ne peut se prononcer sur sa nature : sigmoïdite ou cancer.

Le 15 juillet 1910, Delore opère la malade, il découvre un rétrécissement annulaire à l'union du colon pelvien et iliaque. Au-dessus, l'intestin aminci et cartonné a bien le volume d'une noix de coco. Au-dessous, il est aplati, la zone rétrécie est mobile, son méso est dépourvu de ganglions.

La vitalité du bout supérieur paraissant amoindrie, Delore abandonne l'idée d'une résection et sans pouvoir se prononcer sur la nature de la sténose pratique une colostomie.

Les suites en sont simples et la malade est revue en bon état général le 10 septembre de la même année. La conduite à tenir n'est alors pas évidente : s'il s'agit d'une sigmoïdite, le chirurgien peut se borner à l'oblitération de l'anus cæcal ; s'il s'agit par contre d'un néoplasme, l'intervention est insuffisante, car le cancer peut gagner l'anastomose. Cette résection est pratiquée le 12 septembre. Les suites immédiates sont bonnes. Mais le 18 septembre, la malade meurt dans un tableau d'occlusion aiguë.

L'examen de la pièce montra une virole de deux centimètres de hauteur, au niveau de laquelle la lumière était complètement obstruée. Ce n'est que l'examen anatomo-pathologique (Alamartine), qui prouva qu'il s'agissait d'un cancer typique.

GANGLOPIE (*Lyon Chirurgical*, 1911, p. 588), cite un cas où le diagnostic opératoire hésitait entre sigmoïdite et cancer du cæcum. Cette observation sort du cadre de cette étude où nous étudions seulement sigmoïdite et néoplasme sur une même aire topographique. Mais nous avons vu des cas analogues dans le service de notre Maître, le Professeur Bertrand.

ALBERTIN (*Lyon Chirurgical*, 1912, p. 355), cite le cas d'une femme de 38 ans, qui se plaignait de douleurs lombaires et de douleurs intestinales, à type de coliques. Elle accusait par ailleurs des troubles de la défécation à type de fausses envies et d'épreintes douloureuses. Le toucher vaginal fit découvrir, dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse volumineuse, remontant dans la fosse iliaque gauche ; masse douloureuse et mal différenciée de l'utérus qu'elle semblait coiffer.

Pensant qu'il s'agissait d'une masse annexielle, responsable des troubles du transit, Albertin décida l'intervention.

L'intervention montra des annexes enflammées, principalement à gauche où elles étaient volumineuses ; mais surtout le caractère essentiel des lésions était une adhérence intime au rectum, aux parois de l'excavation pelvienne, à l'S iliaque.

Après une hystérectomie subtotale, très difficile, l'examen de l'S iliaque montra un épaississement marqué de 1 cm. de long, dur, fibreux, où il était impossible par la palpation de trouver la lumière de l'intestin. Albertin pratiqua une entérectomie avec suture termino-terminale en trois plans.

Le lendemain de l'intervention (4, VII, 1912), Albertin présenta la pièce à la Société de Chirurgie de Lyon et déclara : « S'agit-il d'un néoplasme ou d'une lésion inflammatoire de sigmoïdite ? Je n'ose me prononcer, attendant le résultat de l'examen histologique ».

Tavernier cita alors un cas où il pratiqua une colectomie pour néoplasme. L'examen de la pièce ne montra pas de cancer, l'histologie hésita entre lésion inflammatoire et cancéreuse, l'évolution favorable parut confirmer le diagnostic de sigmoïdite pure.

TAVERNIER (*Lyon Médical*, 1912, p. 725), cite le cas suivant :

Il s'agit d'une femme de 55 ans, constipée chronique, dans les antécédents de laquelle on relève deux crises d'obstruction ayant cédé aux lavements. Cette malade présente par ailleurs des poussées fébriles avec phénomènes douloureux dans la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal fait découvrir une masse pelvienne assez volumineuse, douloureuse, refoulant à droite l'utérus dont les mouvements paraissent indépendants de la tumeur.

La malade entre dans le service de Villard, à l'Hôtel-Dieu, où Tavernier l'opère le 23 janvier 1912. Il découvre une tumeur de l'S iliaque adhérente à l'utérus et aux annexes gauches. Il enlève, en bloc, tumeur et utérus.

L'examen de la pièce montre une sténose serrée, une masse dure du volume d'un œuf, infiltrant le méso réséqué. La muqueuse est saine, alors que les autres tuniques sont infiltrées. La tuméfaction du mésocolon est formée par de la graisse enflammée. On note par ailleurs de multiples diverticules.

Après cet examen, Tavernier conclut « à une tumeur

inflammatoire consécutive à des diverticulites ». Mais l'examen histologique (Savy) est en faveur d'un épithélioma typique.

On connaît encore bien d'autres exemples de telles hésitations, et le dernier en date EST L'OBSERVATION DE DELORD (de Vannes).

A la séance du 12 octobre 1953, de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie (cité dans les *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition*, t. 43, n° 1, janv. 1954), il présenta le cas d'un malade de 63 ans au long passé colitique.

En janvier 1950, ce malade présente des douleurs très vives dans le bas-ventre ; la rectoscopie et le lavement baryté sont en faveur du diagnostic de sigmoïdite. Le repos au lit, la pénicilline et des lavements-pansements améliorent le malade.

Quelque temps après, ce même malade consulte un chirurgien qui, sur la vue des clichés, pense à un cancer et pratique le 27 mars 1950, une laparotomie qui fait découvrir dans le pelvis une énorme masse adhérente et inextirpable.

L'opérateur a recours à un anus iliaque gauche et porte un pronostic fatal.

Après l'intervention, les douleurs abdominales persistent, mais l'appétit augmente et la courbe de poids est ascendante.

En novembre 1952, de nouveaux lavements barytés montrent outre les aspects précédemment notés, de nombreuses images diverticulaires. Delord, après une rectoscopie et un nouvel examen radiologique conclut à une diverticulite.

Nous nous sommes volontairement étendu sur ces observations désormais classiques, pour montrer qu'il est souvent difficile au chirurgien sur la simple inspection de la pièce, de trancher le diagnostic entre sigmoïdite et cancer et à plus forte raison d'apprécier une coexistence éventuelle.

Le Professeur Bertrand, dans les observations que nous présentons, a toujours pu trancher le diagnostic au cours de l'intervention.

Dans sept cas (observations 1, 2, 4, 5, 7, 8 et 9), à la simple inspection de la zone pathologique.

Dans un cas (observation 3), le diagnostic est douteux, mais au cours des manœuvres de libération, la tumeur se rompt et laisse voir des bourgeons néoplasiques.

Dans un cas (observation 6), ce n'est qu'après l'ouverture de la pièce qu'on peut affirmer l'existence d'un cancer.

Et si Morton a pu dire que seul l'examen anatomo-pathologique peut faire la différence entre complications diverticulaires et néoplasme, si Lewitz et Hurwitz, que seule l'histologie pouvait apporter le diagnostic exact, nous n'avons eu recours à elle dans les 9 observations que nous présentons qu'à titre confirmatif.

LES DONNEES DE L'ANATOMO-PATHOLOGIE (1)

Si devant la pièce opératoire, le diagnostic reste hésitant (ce qui, répétons-le, ne se produit jamais au cours des interventions pratiquées pour nos malades), on a recours à l'examen histo-pathologique, qui est d'ailleurs toujours systématiquement demandé.

Sa valeur a été mise en doute : « Nous ne croyons pas que ces conclusions histologiques hésitantes puissent prévaloir contre la netteté des observations macroscopiques » (Tavernier) et Savy reconnaissait qu'il existait « des cas assez fréquents où l'hésitation histologique est possible entre inflammation et cancer ».

Actuellement, grâce au perfectionnement des techniques, l'anatomie pathologique tranche toujours les cas douteux. Elle fait la preuve de l'association en montrant sur la zone douteuse prélevée par biopsie des aspects variables de néoplasme.

Il peut s'agir :

1° *D'un épithélioma glandulaire typique* (ob. 2, 4, 5, 6, 8 et 9).

La tumeur reproduit alors l'aspect de la muqueuse intestinale et se présente sous forme de tubes glandulaires multiples et anarchiques. Au faible grossissement, l'effon-

(1) Nous devons ces renseignements à l'obligeance du D^r Cabanne et de notre ami le D^r Gabriel, du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté.

drement de la *muscularis mucosæ*, la présence de tubes glandulaires au niveau des couches profondes, musculaires lisses ou sous-péritonéales, signe la malignité de la tumeur. A un fort grossissement, on remarque le caractère anarchique et monstrueux de la cellule néoplasique, avec ses multiples noyaux en mitose.

Le tissu conjonctif peut être plus ou moins hypertrophié, constituant la stroma-réaction.

Enfin, on peut voir des éléments inflammatoires lymphoplasmocytaire, ce qui n'étonne pas lorsqu'on sait que le cancer sigmoïdien est un cancer infecté.

2° *D'un épithélioma atypique* (obs. 1, 3 et 7).

La tumeur peut revêtir un aspect atypique anaplasique évoluant suivant un mode indifférencié ou même suivant un type malpighien.

L'interprétation de ces faits est doublée : ou la cellule épithéliomateuse évolue pour son propre compte sur ce mode atypique, ou bien la muqueuse intestinale est déjà modifiée par une infection persistante, ce qui explique l'aspect inhabituel de la tumeur. Cette seconde explication nous paraît particulièrement séduisante dans les associations.

3° Exceptionnellement, il peut s'agir de *tumeur développée à partir des éléments conjonctifs de la paroi intestinale* revêtant par exemple le type de lympho-sarcome. Nous n'en avons aucun exemple dans nos observations.

4° Il en est de même de ce type particulier de tumeur, qu'est la *tumeur vilieuse*, dont le degré de malignité est souvent difficile à préciser. En effet, ces tumeurs souvent ulcérées et infectées peuvent présenter à leur surface des cellules cylindriques souvent dédifférenciées, stratifiées, morphologiquement cancéreuses. Quoiqu'il en soit, la malignité clinique de ces tumeurs est toujours atténuée.

5° Enfin, *au niveau des ganglions lymphatiques*, l'envahissement néoplasique peut être constaté microscopiquement, l'aspect histologique étant semblable à celui de la tumeur primitive.

LA CONDUITE THERAPEUTIQUE

Quel traitement proposer à de tels malades ? On serait tenté de dire qu'il n'existe pas de traitement médical et que seule l'intervention chirurgicale peut sauver ces malades.

Pourtant, le traitement médical n'est pas à négliger et il nous semble particulièrement intéressant envisagé sous le double point de vue de test thérapeutique et de préparation pré-opératoire.

Le traitement médical

1° LES MOYENS DONT ON DISPOSE.

A. — Au premier plan, nous placerons les anti-infectieux locaux et les antibiotiques.

Les anti-infectieux locaux sont représentés par certains sulfamides qui, absorbés très lentement par la barrière intestinale, atteignent, de ce fait, une concentration très élevée dans le milieu intestinal.

Ce sont : la sulfaguanidine (2.215 R.P.) qui, chimiquement est un p. aminobenzène-sulfonyl-guanidine. Elle s'administre à la dose de 6 à 8 grammes par jour, sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 50, absorbés à intervalles réguliers.

Le Phtalylsulfathiazol et le Salicylazosulfapyridine s'administrent également per os à des doses identiques.

Il en est de même du Maleylsulfathiazol : 5 à 6 gr. par jour.

Parmi les *antibiotiques*, les plus employés sont la Pénicilline (un million d'unités par jour en moyenne) ; la Streptomycine (1 gramme à 1 gramme 50), la Tifomycine (2 grammes par jour), prescrits le plus souvent en association ; l'Auréomycine et la Terramycine (1 gramme à 1 gramme 50 par jour).

B. — *Les antispasmodiques représentent une médication de choix :*

Le sulfate d'atropine sera injecté par voie intraveineuse, à la dose de un quart de milligramme par jour. La Génatropine (Polonovski et Nitzberg) est mieux tolérée. La dose quotidienne peut atteindre 1 milligramme 5.

La poudre de feuilles de belladone se prescrit en cachets à la dose de 0 gramme 05 à 0 gramme 20 par vingt-quatre heures.

On pourra également utiliser toute une gamme de *spasmolytiques de synthèse* dont la liste s'allonge tous les six mois.

C. — *Il faudra faire appel aux médications eutrophiques de la paroi intestinale* et en particulier à la vitamine A. Celle-ci sera administrée par voie parentérale ou localement, sous forme de petits lavements à garder.

D. — *Il convient de signaler deux médications particulières.*

Les *opiacés* qui seront employés en cas de phénomènes douloureux importants. Leur inconvénient majeur est de masquer éventuellement une urgence chirurgicale.

Dans les formes hémorragiques, on utilisera le riche arsenal de la *médication coagulante* : thromboplastine ou pectine calcique per os, extraits plaquettaires, thrombine ou Rouge congo par voie parentérale.

E. — *Il faut accorder une très large place au traitement de l'état général.*

En cas d'anémie, on pratiquera des transfusions isogroupes.

En fonction des données du ionogramme, on utilisera également le Plasma, le sérum salé, bicarbonaté ou glucosé.

Si le chiffre de la protéinémie est abaissé, on fera usage du Plasma ou des protéolysats.

Les extraits hépatiques représentent également une médication intéressante.

2° LES INDICATIONS DU TRAITEMENT MÉDICAL.

Il n'a jamais de visée curative.

Il sera employé dans un premier temps comme test thérapeutique. Au cours de celui-ci — qui ne devra pas être prolongé outre mesure — la place de choix sera réservée aux anti-infectieux et aux anti-spasmodiques.

Dans un deuxième temps, si l'intervention chirurgicale est décidée, le malade sera préparé par un traitement médical correct avec une part primordiale aux toniques de l'état général.

Immédiatement avant l'acte opératoire, on fera appel aux médications émolientes et aux antiseptiques locaux.

Le traitement chirurgical

I. — Les moyens dont on dispose.

A. — INTERVENTIONS DE SAUVETAGE.

1° LES DÉRIVATIONS EXTERNES.

a) La *cæcostomie* (sur sonde de Pezzier ou tube de Paul), opération simple pouvant se réaliser sous anesthésie

locale, demandant une incision réduite, type Mac Burney.

Elle peut avoir une certaine valeur pré-opératoire. Mais elle présente de gros inconvénients (dérivation insuffisante, lésions de la peau), qui interdisent d'en faire une opération palliative définitive.

b) *L'anus transverse* (sur baguette de verre) est plus difficile à réaliser que la cæcostomie, mais il a, sur cette dernière, d'incontestables avantages (matières plus solides, dérivation meilleure).

Sa fermeture est assez difficile s'il n'a pas été fait très soigneusement.

c) *L'anus iliaque gauche* : n'a été pratiqué chez aucun de nos malades.

2° LES DÉRIVATIONS INTERNES.

Nous ne ferons que les citer, car aucune n'a été pratiquée chez les malades dont nous avons présenté les observations. Il s'agit :

a) *de l'iléo-sigmoïdostomie* ;

b) *de la transverso-sigmoïdostomie*.

L'une et l'autre ne pourraient avoir que d'exceptionnelles indications en raison de la fréquence de leur impossibilité technique.

3° LES DRAINAGES D'ABCÈS PÉRI-SIGMOÏDIENS.

Pratiqués selon le siège de l'abcès ; ces drainages n'ont jamais dû être pratiqués chez nos malades.

B. — INTERVENTIONS A VISÉE CURATIVE.

1° SANS RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ.

a) *L'opération de Hartmann* : c'est une résection sigmoïdienne, avec abouchement du bout supérieur à la peau en anus terminal et abandon du bout inférieur.

b) *L'amputation par voie abdomino-périnéale.*

Cette intervention proposée par Czerny, en 1883, se pratique selon deux variantes :

Avec anus iliaque gauche définitif préalable ou contemporain (Gaudier, Quénu et Miles).

Ou avec abaissement et anus périnéal (Hartmann).

Nous n'insisterons pas davantage sur ces interventions auxquelles nous n'avons pas eu recours pour nos malades.

Il s'agit d'ailleurs d'interventions faisant du patient un infirme définitif et elles ne sont pratiquées qu'en cas de grosses difficultés techniques (adhérences).

2° AVEC RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ.

a) *Rétablissement secondaire.*

Ce sont les *colectomies par extériorisation* :

Extériorisation, résection immédiate ou secondaire. Mais la continuité intestinale est partiellement rétablie (intervention de Wolkman, Bouilly), par suture de la demi-circonférence postérieure des bouts intestinaux en présence; Delore suture non seulement la moitié postérieure, mais la presque totalité de la circonférence, ne laissant en avant que l'orifice nécessaire au passage d'un drain enfoncé dans le bout supérieur et qui est enlevé ou qui tombe spontanément au cinquième ou sixième jour.

b) *Rétablissement immédiat.*

— La *colectomie idéale*, avec ses variantes et en particulier *l'opération telle qu'elle est pratiquée par notre Maître, le Professeur Pierre Bertrand.*

Incision de Hartmann avec ligature systématique de l'artère épigastrique.

Colectomie large, le siège de la ligature de la mésentérique inférieure est fonction des adénopathies : ligature haute en cas d'adénopathies importantes justa-mésaraïques.

On ne placera jamais d'écraseur sur les tranches de

section qui seront anastomosées. (D'où la valeur primordiale d'une excellente préparation de l'intestin.) On vérifiera la bonne vascularisation de ces tranches de section : si elles saignent mal, une recoupe, quelques centimètres plus haut, s'impose.

La suture est faite bout à bout, en deux plans, plus un plan postérieur supplémentaire d'adossement (4 points séparés). On utilise du nylon noir n° 0.

La péritonisation, pratiquée à points séparés, recouvre l'anastomose qui, ainsi sous-péritonisée, n'est pas laissée en plein ventre.

Le drainage latéral, toujours abdominal, est lui aussi sous-péritonisé.

La fermeture de la paroi est effectuée plan par plan, avec fils métalliques sur les muscles et l'aponévrose superficielle. La peau est fermée très lâchement.

On applique un pansement non occlusif.

L'anus transverse est fermé en principe 8 à 12 semaines plus tard (fermeture intra-abdominale à points séparés).

II. — Les indications thérapeutiques.

Ce sont évidemment celles qui se discutent en présence d'un cancer sigmoïdien.

A. — EN FACE D'UN MALADE PRÉSENTANT UN ACCIDENT MÉCANIQUE IMPORTANT, ON A RECOURS A L'UNE DES INTERVENTIONS DE SAUVETAGE.

La cœcostomie a été pratiquée chez l'un de nos malades (obs. 4).

Chez un autre (obs. 8), on a eu recours devant l'importance des phénomènes inflammatoires, à un anus transverse.

B. — DANS LES AUTRES CAS, LES MALADES ONT ÉTÉ PRÉPARÉS :

— par le *traitement médical*.

— par les *purgations et les lavements* : ceux-ci assurent beaucoup mieux qu'un anus contre nature préalable, la vacuité de l'intestin.

On a ensuite pratiqué une intervention à *visée curative*, qui a toujours été *conduite comme pour un cancer* avec des variantes fonction de l'état local.

1° A la colectomie, il a fallu parfois adjoindre :

Une hystérectomie (obs. 8) ;

Une ablation des annexes (obs. 9) ;

Une cystectomie partielle (obs. 6).

2° Les sutures ont été pratiquées soit :

Bout à bout (obs. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 et 9) ;

Soit latéro-latérales (obs. 4).

3° La dérivation contemporaine a été :

Soit une iléostomie (obs. 1) ;

Soit une cæcostomie (obs. 2, 3 et 5) ;

Soit un anus transverse (obs. 6, 7 et 9).

LES RESULTATS

1° Nous avons eu à déplorer cinq décès dans les suites immédiates.

Un au deuxième jour (observation n° 2) : mais il s'agissait d'une femme de 73 ans, en très mauvais état général.

Deux au quatrième jour (observations n° 7 et 8) : l'un était un malade très affaibli, l'autre une grande obèse présentant une insuffisance ventriculaire gauche.

Un au dixième jour (observation n° 3) : par cellulite pelvienne. Il s'était, en effet, produit au cours de l'intervention une rupture de la tumeur, dont la libération avait été, du fait de l'importance des phénomènes inflammatoires, extrêmement difficile.

Un au douzième jour (observation n° 1), dans un tableau d'occlusion aiguë malgré une réintervention.

Les autres ont eu des suites immédiates simples, sans incidents.

2° C'est la haute gravité de l'association sigmoïdite-néoplasme, qui explique cette mortalité importante (cinq décès sur neuf cas).

Le pronostic de la colectomie y est sévère.

Il convient d'opposer ce pronostic à celui relativement favorable à l'heure actuelle, de la même intervention pratiquée pour un cancer : en effet, dans les trente dernières colectomies pratiquées pour cancer par le Professeur Pierre Bertrand, la mortalité n'atteint pas 10 %.

3° Aussi, devant un cancer recto-sigmoïdien associé à une sigmoïdite vraie avec phénomènes inflammatoires im-

portants (température élevée, poussées douloureuses abdominales non améliorées par la glace), serait-il peut-être plus prudent, à l'avenir, de pratiquer une dérivation préalable (anus transverse) et d'opérer en trois temps.

4° Nous manquons de recul pour apprécier les résultats éloignés. Cependant, un de nos malades (observation n° 4), opéré en 1951, a été revu récemment et va bien.

Il nous a paru intéressant de présenter les clichés post-opératoires du malade de l'observation n° 6 : l'anastomose est excellente, mais il persiste des lésions de sigmoïdite non diverticulaire, sur la portion restante du colon pelvien. Ce malade peut avoir besoin d'une thérapeutique médicale complémentaire à la moindre manifestation clinique.

CONCLUSIONS

Nous apportons neuf observations d'association de sigmoïdite diverticulaire et de cancer.

I. — La sigmoïdite diverticulaire est-elle destinée à dégénérer ?

Nous ne le croyons pas, bien que chez deux de nos malades, l'examen des pièces opératoires montra des diverticules au centre de la lésion néoplasique.

II. — La sigmoïdite diverticulaire est-elle un facteur favorisant l'apparition du néoplasme ?

On pourrait le croire à la lumière de nos neuf observations. Cependant, l'étude des grandes statistiques semble montrer que le néoplasme est plus fréquent sur colon sain que sur colon diverticulaire.

III. — Nous insistons surtout sur les points suivants :

1° Il ne faut pas considérer comme très exceptionnelle l'association d'une sigmoïdite et d'un néoplasme, et il faut savoir l'évoquer devant toute sigmoïdite dont l'évolution n'est pas satisfaisante.

2° La fréquence de cette association dans notre statistique est de 3 % environ (neuf associations pour cent-vingt-trois sigmoïdites et cent-soixante-deux cancers).

3° Cette association sigmoïdite-néoplasme est une affection sévère.

La colectomie y est beaucoup plus difficile et beaucoup plus grave que dans l'une ou l'autre de ces affections prises à part.

4° Le diagnostic de cette association est des plus difficiles : l'examen clinique ne fournit le plus souvent que des présomptions. Les examens spéciaux (radiologie, rectoscopie) ne sont concluants que dans un petit nombre de cas.

5° Aussi, dans les cas douteux, après un traitement médical d'épreuve, correct et énergique, et qui ne devra pas se prolonger de façon excessive, convient-il d'user de toute son autorité pour faire accepter au malade une laparotomie exploratrice.

Si, l'abdomen ouvert, le doute persiste, le chirurgien pratiquera une colectomie menée comme pour un cancer.

En agissant ainsi, on décèlera le néoplasme à son début et on aura toutes les chances d'améliorer le pronostic de cette affection.

Vu :

LE DOYEN :

H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

BERTRAND.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Janvier 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ARNHEIM E.E. — Diverticules du colon, aspect particulier des complications chirurgicales. *Ann. Surg.* 112-352 sept. 1948.
- BALLIN. — *American Journal of Surg.* Février 1927, p. 142.
- BOCKUS H.L. — Diverticule colique. *Gastroenterology*. Philadelphia. W.B. Sanders Co vol. 11, p. 669, 1944.
- BOUCARD R. — Diverticules et cancers coliques. *Thèse* Bordeaux 1953.
- CHARRIER-HILLEMAND. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, Mars 1936.
- CHIRAY-LARDENNOIS-BAUMANN. — Les colites chroniques, 1 vol. Paris, Masson, édit. 1934.
- COLCOCK P. et SASS. — Diverticulite et cancer du colon. Diagnostic différentiel. *Ann. of Surg. Gyn. et Obst.* Nov. 1954, p. 623-633.
- COLCOCK B.P. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *Surg. Clin. North. Americ.* Juin 1950. N° 3, 911-917.
- CREPY C. — Les aspects chirurgicaux des sigmoïdites. *Thèse* Paris 1950.
- DELAPORTE J. — La forme hémorragique de la diverticulite du Colon Iléo-pelvien. *Thèse* Montpellier 1948.
- DELORD P. — Sigmoïdite diverticulaire prise pour un cancer. Difficultés de la décision thérapeutique. *Arch. Nat. App. Dig.* Janvier 1954 - 43, N° 1, 75-80.
- DIXON Cl. F. et al. — Diverticule ou Cancer ? Relation des deux cas. *Surg. Clin. North. Amer.* Août 1952 - 32, N° 4, 1181-1183.
- DONALD J.M. — Traitement chirurgical des diverticulites du colon. *Ann. Surg.* Mai 1951 - 133, N° 5, p. 708-718.

(1) Nous ne prétendons pas présenter une Bibliographie complète, étant donnée la multitude des articles écrits — surtout en matière de Sigmoidites. Nous demandons de se reporter à la Thèse de Soustelle et à celle de Crépy et nous présentons surtout les articles que nous avons personnellement consultés.

- DUBARRY J. et DUBARRY E. — Diverticules, cancers et faux cancers. *Arch. Mal. App. Digest.* T. 40, Décembre 1951.
- FALLIS L.S. et MARSHALL M.R. — Diverticulite aiguë du colon. *Annal. J. Surg.* Août 1950 - 80. N° 2, 198-203.
- FALLON J. — Discussion au Congrès de la Mass. Med. Soc. Section of Surgery. *Northeastern J. Med.* 203-468, 1930.
- FERGUSON L.A. et al. — Difficultés du dépistage du cancer en présence de diverticulite. *Gastroenterology*, Mars 1954, 21. N° 3, 177-187.
- FLYNN J. Ed. — Aspects chirurgicaux des diverticulites sigmoïdiennes. *Rev. of Gastro-Enterol.* 1950, 17. N° 7, 577-585.
- GREIG G. W. V. — Les complications aiguës de la diverticulite du colon. *Proc. Roy. Soc. Med.* Déc. 1950, 43, N° 12, p. 1068-1070.
- HARDOUIN J.P. — Les sigmoïdites. *Concours Médical*, 27 oct. 1951, 73. N° 43. 3579-3585.
- HORD C.S. et BERCARD W.F. — Hémorragies coliques dans la maladie diverticulaire du colon. *Surgery Gyn. et obst.* Juillet 1954, p. 101-107.
- JONES T.E. — Diverticules et diverticulose colique. *Surg. Clin. N.A.* 1105, Oct. 1939.
- JUDD E.S. et POLLOCK L.W. — Diverticules du colon. *Ann. Surg.* 80-425, sept. 1924.
- KOCH et HOCHENEGG. — *Arch. f. Clin. Chir.* T. X. 1903, p. 876.
- KOHAN S. — Diverticulite du sigmoïde, forme pseudotumorale. *Sem. Médicale.* 22 déc. 1938 - 45. N° 2345. 1463-1467.
- LEWIS J.E., HURWITZ A. — Traitement chirurgical de la diverticulite sigmoïdienne. *Surgery Av.* 1953 - 33. N° 4, 481-495.
- MAILLER. — *American Journal of Surgery.* Février 1927, p. 142.
- MARUELLE R. — Quelques aspects des sigmoïdites. *Gaz. Med. de France.* Juin 1941. N° 11, 387-389.
- MAYO W.J. — Diverticules du gros intestin. *J.A.M.A.* 69 - 781. Juillet 1927.
- MICHELINI R.T. et TRAYTENBERG J. — Les Pérисigmoïdites qui simulent le cancer. *Press. Méd. Argent.* 8 déc. 1950, 37. N° 49, 2982-2985.
- MORTON J.J. — Diverticulite et cancer du sigmoïde. *Surgery.* Nov. 1952 - 32. N° 5, 765-783.
- MULLER B., HEITZ et al. — Diverticulose colique diffuse avec tumeur sténosante du sigmoïde. Colectomie totale. *Arch. Med. app. dig.* Av. 1951 - 40. N° 4, 513-516.

- OREN B.G. — Diverticulose colique avec coexistence d'un cancer recto-sigmoïdien. *South M.J.* 40-304. Avril 1947.
- PRAT et PASCHETTA. — Les diverticules du colon iléo-pelvien. 1. vol. Paris, Masson édit. 1942.
- RANKIN et BROWN. — *Surg. Gyn. and obst.* 5 mai 1930, p. 836.
- RANSON H.K. — Les diverticulites du colon. *Gastroentérolology*. Janvier 1954 - 26. N° 1, 12-22.
- ROWE et KOLLEMAR. — International amstract of Surgery in S. G. O. Janvier 1952, vol. 94. N° 1, 1-9.
- SENEQUE J. et CREPY C. — Aspects chirurgicaux des sigmoïdites. *J. Chir.* Nov. 1950 - 66. N° 11, 725-745.
- SHAIKEN J.. — Diverticules et cancer du sigmoïde. *Gastro enterology*, vol. 17. N° 1, p. 67, juillet 1954.
- SOUSTELLE J. — Les sigmoïdites. Etude anatomoclinique et thérapeutique. *Thèse* Lyon 1937.
- SPEAR H.L. et BRAINARD J.L. — Le cancer du gros intestin. Analyse de 580 lésions. *Ann. Surg.* Déc. 1951, 134. N° 6, 934-945.
- STAIKER L.K. et al. — Association de diverticulites et de cancer du colon. *Ann. J. Dig. Dis.* Nov. 1951, 8. N° 2, 440-441.
- UDAONDO D.L.B. et d'ALOTTOU. — Sigmoïdite diverticulaire. Ses rapports avec le cancer. *Pressa Med. Argent.* 1^{er} sept. 1950 - 37. N° 35, 2023-2028.
- VAGUE J., DUBOURG F., MARQUEZ, PONS, PHILIPPE, ROUX et RAPP, J. DUBARRY et E. DUBARRY, GOUZI J., DE VERNEJOU, F. CARCASSONNE, M.L. GONDART, E. FASSIO. — *Arch. Mal. App. Dig.* Déc. 1951 - 40. N° 12, 1387-1457. (Toute la revue est consacrée aux diverticules coliques).
- WILSON L.B. — Diverticules de l'Intestin terminal. Leur développement et leur parenté avec le cancer. *Ann. Surg.* 53-223. Févr. 1911.

TABLE DES MATIERES

Généralités historiques	11
Etude de la statistique mondiale	13
Notre statistique	15
Relations entre sigmoïdite et cancer	17
Nos observations	19
Les difficultés du diagnostic	35
Les données de l'anatomo-pathologie	53
La conduite thérapeutique	57
Les résultats	65
Conclusions	67
Bibliographie	69

